

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1959 — N° 140

ASPECTS ACTUELS
DU
FAVUS EN FRANCE
(Etude épidémiologique
et prophylaxie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1959

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TURIER Henri

(Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire)

né le 2 Janvier 1934 à BREST (Finistère)



LYON

Imprimerie Maurice FABRE
14, Chemin de la Favorite

1959

ASPECTS ACTUELS
DU
FAVUS EN FRANCE
(ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ET PROPHYLAXIE)

ASPECTS ACTUELS
DU
FAVUS EN FRANCE
(Etude épidémiologique
et prophylaxie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juillet 1959

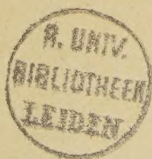
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TURIER Henri

(Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire)

né le 2 Janvier 1934 à BREST (Finistère)



LYON
Imprimerie Maurice FABRE
14, Chemin de la Favorite

1959

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. J. LEPINE

Doyen : M. H. HERMANN
Correspondant de l'Institut

Assesseur : M. M. LEVRAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, BONNET, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY

PROFESSEURS

Physiologie	HERMANN	Clinique obstétricale	PIGEAUD
Clinique urologique	CIBERT	Médecine du Travail	BOURRET
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS (dét. à Beyrouth)	Clinique médicale	LEVRAT
Clinique neuro - psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME	Hygiène et action sanit. et sociale	SOHIER
Thérapeutique chirurgicale et chi- rurgie opératoire	ROCHET	Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN	Clinique médicale infantile et hy- giène du premier âge	BERNHEIM
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON	Biologie médicale et pharmacod.	JOURDAN
Clinique chirurgicale	WERTHEIMER	Botanique et cryptogamie	NETIEN
Hydrologie thérapeutique, climato- logie et écologie sociale	DELORE	Clinique chirurgicale	BERTRAND
Clinique médicale	P.-RAVAULT	Chimie analytique pharmaceutiq.	BADINAND
Clinique et prophyl. cardio-vascul.	FROMENT	Pharmacie et pharmacologie	DREYON
Pathologie médicale et Clinique médicale propédeutique	CROIZAT	Médecine légale et déontologie	ROCHE
Chimie biologique et médicale	ENSELME	Parasitologie et pathologie exotiq.	COUDERT
Clinique chirurgicale	MALLET-GUY	Clinique oto-rhino-laryngologique.	MOUNIER-KUHN
Histologie	X...	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET	Clinique dermatol. et syphilig. ...	THIERS
Pharmacie galénique et mat. méd.	REVOL	Clinique et prophyl. de la tuberc.	BRUN
Clinique gynécologique	POLLOSSON	Clinique traumatolog. des membres	CREYSSSEL J.
		Cancérologie	DARGENT
		Anatomie pathologique	GUICHARD
		Pathologie générale et expérim.	GIRARD F.
		Anatomie	LATARJET
		Pathologie chirurgicale	PEYCELON
		Thérapeutique	GIRARD Marcel

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.... M. BERGER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	BANSSILLON	Physiologie	CHATONNET
Parasitologie	ROMAN	Pharmacie galénique et matière médicale	DORCHE
Physiologie	CIER J.-F.		
Bactériologie	BERTOYE A.		

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Chimie organique et toxicologie.	PERROT	Histologie	DUMONT L.-P.
Anatomie pathologique	FEROLDI	Hygiène	THIVOLET Jean
Pharmacie et pharmacologie	CIER A.	Parasitologie	GARIN J.-P.
Chimie biologique	CREYSSSEL R.	Physique	MORET Robert
Anatomie	DUROUX	Cryptogame	ODDOUX Lucien
Thérapeutique	BRETTE		

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	LÉCUIRE	Chirurgie générale	MICHAUD
Pathologie médicale	GALY	Maladies infectieuses	MONNET
Cardiologie	GONIN	Oto-rhino laryngologie	GIGNOUX
Obstétrique	MATHIEU J.	Stomatologie	FREIDEL
Orthopédie	MARION Joseph	Médecine générale	PLAUCHU
Propédeutique médicale	PONT	Pathologie médicale	DEVIC Michel
Pathologie médicale	VIGNON	Médecine légale	COLIN Marcel
Pathologie médicale	REVOL	Neurologie	GUYOTAT Jean
Pathologie chirurgicale	JAUBERT DE BEAUJEU	Obstétrique	DUMONT Martial
Pathologie chirurgicale	SAUTOT	Urologie	DURAND L.-N.
Pathologie chirurgicale	GUILLEMIN	Médecine générale	DESPIERRES C.
Electro-radiologie	PAPILLON	Chirurgie générale	FRANCILLON J.
Obstétrique	BURTHIAULT	Chirurgie générale	De MOURGUES
Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS	Chirurgie générale	SAUBIER E.
Médecine générale	GUINET	Dermatologie	COLOMB D.
Médecine générale	TRAEGER	Médecine du travail	TOLOT F.
Chirurgie générale	MARION Pierre	Neurologie Psychiatrie	SCOTT B.
		Ophtalmologie	BONAMOUR G.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : J. COUDERT. — Assesseurs : MM. COLOMB, THIVOLET, TOLOT.

Cette thèse est dédiée

A MA MERE

Elle s'est imposée de lourds sacrifices pour mes études. Témoinage d'affection et de reconnaissance.

A MON PERE

A MON FRERE

A MES SŒURS

A LA MEMOIRE DE MA MARRAINE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUDERT

Professeur de Parasitologie et de Pathologie exotique

Il nous a proposé le sujet de cette thèse et nous a guidé dans son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé COLOMB.

Monsieur le Professeur Agrégé THIVOLET.

Monsieur le Professeur Agrégé TOLOT.

Nous les remercions d'avoir bien
voulu accepter de juger ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL GIRAUD

*Directeur de l'Ecole de Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A NOS MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL GROSSETETE

*Chef du Service des Contagieux
de l'Hôpital Militaire de Rennes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT QUENARD

Chef du Service de Médecine de l'Hôpital Militaire de Rennes

Ils nous ont toujours réservé un accueil bienveillant dans leurs services, et nous ont fait profiter de leurs connaissances médicales.

Nous aimerions leur prouver notre gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT QUEMERCH

A MES AMIS DU CERCLE BRETON DE LYON

ET A SON PRESIDENT

MONSIEUR LE DOCTEUR SAILLOUR

ASPECTS ACTUELS DU FAVUS EN FRANCE (étude épidémiologique et prophylaxie)

INTRODUCTION

Pour de nombreux auteurs, la Bretagne est citée comme un foyer, un dernier foyer bien entendu, de quelques maladies sordides n'existant plus, il y a beau temps, dans le reste de la France. C'est ainsi que gale, pédiculose, teigne et autres maux que le progrès de l'hygiène, ou simplement l'évolution des mœurs ont chassés de la surface du pays, persisteraient sur notre sol armoricain. Ces opinions faisant de la Bretagne une sorte de fidèle bastion d'une hygiène d'un autre âge, sont pour le moins curieuses, puisque rien ne les explique, ni la géographie, ni l'histoire, ni surtout l'afflux considérable et plus nombreux chaque été, de clients attirés par notre littoral. Notre premier sujet de thèse était la recherche de ces « derniers » foyers de Favus en Bretagne, leurs causes, et les moyens éventuels de prophylaxie. Nous pensions avoir là un sujet intéressant et vaste. Pour cela, nous avons fait un tour de la péninsule assez complet puisqu'il a porté sur des villes comme Nantes, Vannes, Quimper, Brest, Saint-Brieuc et Rennes, villes susceptibles par leurs hôpitaux de recueillir l'essentiel des teigneux qu'abriterait encore notre sol, plus riche en légendes qu'en principes d'hygiène. Nous avons également interrogé plusieurs médecins de campagne, dermatologues, radiologues, et nous avons dépouillé les regis-

tres de consultations dermatologiques des hôpitaux militaires de Brest et de Rennes. Voici les résultats : à Brest, 1 cas de Favus en 1953; à Nantes, aucune notion de cette teigne dans les fiches de consultations établies depuis 10 ans; à Rennes, 1 cas de Favus remontant à 1956; deux autres cas sont dépistés et hospitalisés, mais ils viennent... de Normandie; à Saint-Brieuc, quelques cas remontant à la Libération; à Quimper, 1 cas en 1950, mais chez un travailleur nord-africain; à Vannes, aucune notion précise ne nous a été donnée. A l'Hôpital Maritime de Brest, pas un seul cas. A Rennes, nous avons trouvé 1 alopecique dans les jeunes recrues (traité à Paris). En bref, dans cette randonnée, nous n'avons pas trouvé un seul cas de Favus en évolution. A Paris, Monsieur Rivalier, dans le Centre Antiteigneux de l'Hôpital Saint-Louis, qui est un centre quasi national de la teigne, nous disait que le contingent breton n'avait jamais été plus important que celui des autres provinces.

Nous n'avons pas recherché l'état des autres affections sordides en Bretagne, le Favus nous semblant le plus représentatif de l'hygiène et de la promiscuité. On voit ce qu'il en est en fait, on aimerait surtout voir ce qu'une enquête semblable donnerait dans les autres provinces préjugées plus « évoluées », mais notre sujet n'est pas cela.

Tout au long de l'étude qui va suivre, nous allons étudier l'évolution de la teigne favique en France au cours de ce siècle. Nous avons voulu montrer que cette affection est grave, beaucoup plus que les autres teignes tondantes, en raison de sa durée indéfinie, de son traitement long et coûteux, et surtout en raison de l'amoindrissement psychique et social qu'elle constitue pour l'intéressé (à notre époque où naissent si facilement les complexes). Contrairement aux autres teignes tondantes (trichophyties et microspories) dont la contagiosité est très grande, le Favus, lui, ne se transmet pas avec la même facilité. Il signe toujours chez ceux qui en sont atteints un état de promis-

cuité et de saleté familiale qui ont pratiquement disparu aujourd'hui, heureusement, de notre pays. En effet, cette affection dégradante est en complète régression et aurait presque totalement disparu, si un nouveau facteur n'était venu s'interposer : l'arrivée d'immigrants toujours plus nombreux et provenant de contrées massivement infestées, nous étudions dans notre dernier chapitre le Favus en Afrique du Nord, et essayons de tirer les conclusions prophylactiques qui s'imposent pour que disparaisse enfin un mal que l'on considère, et à juste titre, comme indigne d'une nation civilisée.

PREMIERE PARTIE

LE FAVUS AUTOCHTONE

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL NOSOLOGIQUE ET NOTIONS NOUVELLES

Affection mycosique du cuir chevelu, due à *A. Schönléini* exclusivement, rien ne permet de distinguer le Favus des autres teignes, avant la période d'état. Nous n'insistons pas sur les caractères cliniques et botaniques du Favus, il suffit pour cela de se reporter aux travaux de Sabouraud. La transformation fréquente de ces lésions, l'impétigo, l'eczéma, le décapage des godets par certains médicaments ou cosmétiques en rend le diagnostic parfois difficile. L'évolution de cette teigne est longue, la guérison spontanée très rare. L'alopecie résiduelle est de règle dans toute guérison. Sabouraud signalait avoir rencontré maintes fois dans les campagnes, des vieillards teigneux depuis leur enfance. Donc ténacité de son évolution et fréquence de la calvitie résiduelle, telles sont les grandes caractéristiques cliniques de cette affection. On doit penser au Favus devant toute affection du cuir chevelu, qui présente ces deux grands signes.

L'originalité du Favus lui vient aussi de son étiologie. La source de contagion est toujours humaine, et la contagiosité est minime. L'étiologie animale (soutenue jadis par Duhring, Laillier...) est niée aujourd'hui. On admet qu'il existe un Favus de la Poule, de la souris, du lapin, mais on n'admet plus qu'il puisse se propager à l'Homme (autrefois peut-être !).

Plus intéressant que cette hypothèse faisant dériver le Favus de lapins ou de poules, est l'idée, avancée par des Yougoslaves, assimilant les germes des mycoses « faviformes » des grands animaux (ochraceum - gypseum) à l'Achorion Schonleini du Favus. Les champignons faviformes (ce nom de faviforme vient de l'aspect glabre, comme celui du Favus, de leurs cultures sur certains milieux), deviendraient aptes après mutation à produire sur l'homme une teigne favique et non plus suppurative. Ceci expliquerait selon ces auteurs, la grande fréquence rurale du Favus. A l'appui de leur théorie, on peut noter l'engainement similaire de la base des poils dans ces deux teignes (Favus et teigne suppurée du cuir chevelu); on remarque aussi la possibilité qu'à T. Ochraceum après inoculation sur l'animal de perdre ses propriétés pyogènes. Pour la plupart des dermatologues néanmoins, cette hypothèse semble difficilement soutenable.

La deuxième notion étiologique originale est que le Favus est fort peu contagieux : les épidémies scolaires de Favus sont très rares. On ne voit pratiquement jamais arriver à la consultation des enfants venant d'une même collectivité scolaire, tous atteints de cette teigne, contrairement à ce qui se passe pour les microspories ou les trichophyties. La source de contagion est avant tout la nichée familiale sordide où les enfants partagent les mêmes vêtements et souvent le même lit. Dans ces conditions, le problème de l'éviction scolaire est souvent à repenser : il est insensé de renvoyer d'une école un enfant favique, quand, au lieu de cette école où il serait instruit et soigné, il n'aura devant lui que le foyer familial où on ne

pensera pas à le traiter et où il restera une source de contagion permanente pour ses frères.

Nous terminerons par le traitement. Epilations aux rayons X ou à l'acétate de thallium sont actuellement bien connues et pratiquement sans danger dans des mains expertes. Leur mode d'action est identique : ils arrêtent pendant un temps plus ou moins long la fonction de repousse du cheveu, ils « sidèrent » la papille selon le mot de Sabouraud, et permettent pendant ce temps aux fongicides d'agir en surface. Leurs mérites ne sont plus à redire : on leur doit la disparition quasi totale du Favus en Pologne; Baktrug estimait à 20.000 en 1921 le nombre de Faveux polonais, en 1928, toujours selon le même auteur, le nombre de guéris atteignait 18.000. Avant la découverte par Sabouraud et Noire de la radiothérapie épilatoire en 1902, tout le problème du traitement des teignes était dans la pénétration du follicule pileux, par un fongicide. La racine du cheveu étant inaccessible aux antiseptiques externes, leur efficacité sans épilation préalable était nulle.

L'épilation, rendue facile, n'était pas sans inconvénients (coût, surveillance, alopecie définitive). Le produit idéal serait celui qui pourrait atteindre le foyer mycosique sans avoir à traverser la couche cornée, et qui n'aurait pas les inconvénients ou la toxicité des précédents. Il semble depuis quelque temps qu'on l'ait trouvé dans la *Griséofulvine*. Isolée en 1939, son action sur les teignes et mycoses animales fut découverte par hasard. Les travaux de Gentles, O'Sullivan, Williams s'attachent à l'étude de sa toxicité et de son efficacité expérimentale ou clinique. Absorbée par voie orale ou parentérale, on la retrouve dans le sang, dans les follicules pileux, la base des poils, où elle s'incorpore à la Kératine. In vitro, sur gélose à des doses de 4,1 μg par cm^3 , elle s'oppose à la croissance de T. Schonleini. In vivo, les premières expérimentations humaines sont réalisées à Londres sur des onychomycoses et des teignes microsporiques - avec des résultats heureux -

puis à Vienne, Chicago. En France depuis trois mois, quelques essais thérapeutiques avec le nouveau produit sont effectués à Marseille, Alger, Paris, Lyon. Pour la plupart des malades, le traitement est encore trop récent pour parler de résultats définitifs ; néanmoins, tous les espoirs sont permis, et on note déjà des faits intéressants. A Alger, Sidi traite une teigne tondante par 2 comprimés (50 cg.) du produit par jour. Amélioration nette dès la deuxième semaine. Guérison au bout de six semaines. Succès également dans les onychomycoses (11 cas). A l'Hôpital Saint-Louis, Rivalier a soumis une vingtaine de teigneux à ce nouveau traitement, aussi bien les Favus que les autres teignes ; jusqu'ici excellente tolérance du médicament, pris oralement à la dose de 0,50 g. par jour, et régression clinique et microscopique nettes (recul de la frange d'Adamson à la vitesse de croissance du cheveu). Monsieur Rivalier ne nous a pas caché son enthousiasme pour le nouveau produit, tout en nous montrant les différents cheveux prélevés en cours de traitement et qui indiquaient, à des degrés divers, l'évolution du produit dans le poil. Un autre intérêt de ce fongicide est de supprimer les risques de récurrence, écueil des traitements classiques du Favus.

A Lyon, M. Coudert utilise depuis peu la Griséofulvine, mais les résultats obtenus par lui jusqu'ici donnent satisfaction, nous dit-il, bien que le petit nombre de ces résultats et surtout l'absence de recul nécessaire pour les juger, incitent encore à la prudence.

Voici l'observation (nous la devons à la bienveillance du Médecin-Commandant Girard, chef du service de dermatologie à l'Hôpital Desgenettes), d'un cas de Favus traité à la Griséofulvine, et suivi par MM. Girard et Coudert :

S... Mohamed, 18 ans, originaire de la campagne de Tébessa. Pas d'autres cas familiaux de Favus, dit-il. Début dans l'enfance : traitement par beurre et huile. Se présente à l'Hôpital Desgenettes,

à l'incorporation le 4 juin 1959. La tête est recouverte d'un impétigo à croûtes jaune paille. Bordure de 1 cm. intacte. Pas d'alopecie, pas d'onyxis. Cultures et examens microscopiques font diagnostiquer un Favus. Le 8 juin, un traitement à la Griséofulvine est institué (4 comp./jour) et durera 18 jours. Tous les deux jours, un prélèvement de cheveu est fait et examiné au microscope. Assez rapidement cet examen va montrer l'arrêt de la pullulation du parasite sur la partie proximale du cheveu. Pas de modification de la formule sanguine tout au long de ce traitement.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Affection sordide et spectaculaire du cuir chevelu, le Favus ne pouvait pas être ignoré des Anciens. En fait, pendant longtemps, il ne semble pas qu'on l'ait distingué des innombrables variétés de porrigos et dermatoses squameuses et dartreuses du cuir chevelu. Les premières descriptions justes du mal nous viennent des médecins arabes. Allis-Abbas et Avicenne en font une étude précise et détaillée et insistent sur les cicatrices redoutables qui le suivent. En France, beaucoup d'ignorance réelle sur le Favus et les autres teignes que l'on croit généralement l'expression cutanée d'une maladie humorale. Des thérapeutiques aussi variées qu'inopérantes, œuvres de charlatans ou de médecins, en seront la conséquence. Il faut attendre A. Pare pour que le traitement échappe « aux empiriques et aux femmes » et qu'apparaisse enfin le traitement véritable : l'épilation totale. Le principe n'a pas changé, seuls les procédés se sont « humanisés ». A l'épilation cruelle par les pincettes ou la calotte de poix, nous avons préféré les moyens plus élégants de la Radiothérapie

ou de l'Acétate, et encore bien souvent l'épilation à la main reste-t-elle un complément nécessaire de ces techniques difficiles à réaliser.

Après 1839, la nature mycosique du Favus est enfin établie. Schoenlein, Gruby découvrent l'oïdium responsable et sa prolifération dans le poil. Mais cette étiologie n'est pas admise par tous, comme en témoignent des controverses scientifiques de la fin du siècle dernier. La première étude géographique et sociale de l'endémie favique en France est une brochure de Bergeron, parue en 1865. Les facteurs étiologiques, les modes de contagion, la répartition géographique, tout est bien mis au point dans cette remarquable étude qui a dû nécessiter de son auteur un travail de Bénédictin. Envers de la médaille, la France va être longtemps citée comme pays de Teignes par les pays voisins, moins soucieux d'accumuler des statistiques précises et globales sur un mal aussi peu flatteur pour l'amour-propre national. Et pourtant notre pays est loin d'avoir le monopole de la « Teigne des pauvres ». Si le sol français porte 12.000 Faveux en 1865, nous savons que les hôpitaux de la seule ville d'Amsterdam en abritent 1.000 pour l'année 1855. Un seul hôpital de Rome voit défiler 6.000 Faveux en 100 ans. Le Favus est donc bien installé dans nos pays, ses contingences sociales sont connues : « Maladie de la misère » ; « Opprobre de la Société », les termes ne manquent pas.

Découverte par A. Paré, la thérapeutique épilatoire ne sera guère améliorée jusqu'à Sabouraud. L'arrachage des cheveux à contre-poil par la pincette, ou la calotte, est long et horriblement douloureux ; rien ne vient l'adoucir : les poudres épilatoires des frères Mahon sont surtout une curieuse exploitation commerciale. La méthode la plus généralement appliquée est celle de Bazin : épilation à la pince (8 heures par tête) légèrement facilitée par l'huile de Cade. Ensuite désinfection au Turbith et Sublimé. Soigneusement réalisé et avec patience, ce traitement n'était pas sans succès. Mais à lui seul, il n'aurait jamais pu

enrayer l'endémie favique. Il faut faire intervenir d'autres facteurs pour expliquer la chute du Favus, un traitement même parfait est un moyen prophylactique bien mince, car les gens ne courent pas les hôpitaux en cette fin du XIX^e siècle. Et l'hygiène rurale est fruste, l'instruction souvent absente. Le préjudice esthétique de la teigne est inconnu dans certains foyers, où de jeunes gens supportent bien volontiers leur affection, à laquelle ils devront « sinon de ne pas trouver femme, du moins de ne pas faire de service militaire ».

Les seules mesures de prophylaxie connues sont passives. « N'essayez pas de pénétrer aux Etats-Unis si vous êtes faveux, vous y serez impitoyablement refoulés », note Duhring. Une des conséquences les plus directes de cette lutte fut d'enrichir en malades les hôpitaux de pays plus accueillants — ce fut le cas après la Première Guerre Mondiale, quand de nombreux juifs voulurent émigrer aux Etats-Unis, et vinrent chercher asile et traitement en un premier temps à l'Hôpital Saint-Louis.

CHAPITRE III

ETAT COMPARE DE L'ENDEMIIE FAVIQUE A TROIS EPOQUES

Par cette brève étude, nous venons de voir la part importante que prenait le Favus dans l'histoire de la Médecine. Comme nous l'avons dit en Introduction, ce qui nous intéresse, ce n'est pas tant le Favus, affection dermatophytique aux caractères cliniques et parasitologiques bien établis, que le Favus, maladie de la misère et de l'entassement, représentant une crasse et un manque d'hygiène la plus élémentaire. Si le Favus n'est pas la seule maladie de la misère sociale, il est une des plus spectaculaires, et donc des plus symboliques.

Dans ce chapitre, se trouvent diverses statistiques établies à trois périodes différentes. La première se situe vers la fin du XIX^e siècle, la deuxième, nous la plaçons dans les années qui précèdent la deuxième Guerre Mondiale, et la troisième, ces toutes dernières années. Nous avons voulu par ces trois jalons, montrer et analyser l'évolution de l'endémie favique et dégager les facteurs qui l'ont fait varier.

Nous devons les premiers chiffres globaux sur l'endémie, aux relevés dressés par les soins du Ministère de la

Guerre auprès de chaque canton. A cette époque, la teigne et la calvitie sont des causes d'exemption de service militaire. A 20 ans, une teigne est généralement favique, l'alopecie également. Un dépouillement de ces documents officiels par MM. Bergeron et Feulard nous donne le nombre global des exemptés et la liste des départements dans l'ordre des exemptions. Nous voyons que de 1876 à 1880, la France compte 1541 Faveux et 1508 alopeciques :

Pour la période 1881-1885 : 1.399 F. et 1.574 A.

Pour la période 1887-1891 : 964 F. et 897 A.

Evidemment, quelques restrictions s'imposent (tous les T. Faviques ne sont pas dans ces chiffres : il manque les femmes, les guéris avant l'âge de la conscription). Il n'empêche que ces chiffres ont une grande valeur d'ensemble : en 5 ans, un million et demi de conscrits passent devant les Conseils de Révision et environ 2.000 sont réformés pour cause de Favus. Une deuxième série de chiffres nous est fournie par les hôpitaux des grandes villes, pour la même époque.

C'est ainsi que nous trouvons :

Bordeaux :	28 cas de Fav./année en moyenne. (D ^r Dubreuil).
Nancy :	10 cas de Fav./année en moyenne (D ^r Spillman).
Lyon :	43 cas de Fav./année en moyenne (Hôpital Antiquaille).
Montpellier :	100 cas de Fav./année en moyenne (D ^r Brousse).
Paris :	46 cas de Fav./année en moyenne (Hôpital Saint-Louis).

Cette dernière étude complète la première. (Les Faveux hospitalisés et guéris n'étant pas exemptés de Service militaire).

Une étude de ces différentes sources est assez riche de renseignements sur l'épidémiologie. Dans ces trois périodes quinquennales, les 5 premiers départements sont tous des départements ruraux, les 5 derniers sont des départements à agglomérations urbaines.

A savoir : les départements riches en Favus sont dans les cases supérieures.

Hérault	Pas-de-Calais	Hérault
Seine-Inférieure	Côtes-du-Nord	Seine-Inférieure
Aveyron	Landes	Landes
Pas-de-Calais	Aveyron	Gard
Basses-Pyrénées	Hérault	Aveyron

Belfort	Seine	Côte-d'Or
Gironde	Haute-Saône	Indre
Seine	Rhône	Marne (Haute)
Vaucluse	Belfort	Belfort
Rhône	Côte-d'Or	Rhône

Dans les statistiques hospitalières des grandes villes, le plus grand nombre d'hospitalisés venaient des départements ruraux environnants. On peut en déduire que le Favus est une affection rurale. La cause n'en est pas le contact des animaux, mais la promiscuité plus grande ici qu'à la ville, l'incurie parfois inouïe des parents et des enfants, enfin l'absence de tout traitement. On déduit également que le Favus est surtout une affection des jeunes (les deux-tiers des hospitalisés ont moins de 15 ans).

Pour lutter contre ce mal, quelles ont été les directives prophylactiques envisagées ? Tout d'abord, supprimer l'exemption de service militaire. De cette façon, plus de Favus entretenus soigneusement jusqu'à l'âge de la cons-

cription (1). Ensuite, instituer une Inspection médicale régulière dans les écoles des départements. Envoyer au chef-lieu les enfants teigneux et les garder en traitement jusqu'à guérison, soit dans un hôpital, soit dans un hôpital-école. Par l'application de ces moyens, Pignot prévoyait la disparition prochaine du Favus de nos campagnes. En fait déjà la régression se faisait sentir, puisque de 1.541 exemptions pour la période 1881, nous arrivons en 1891 à 969 exemptions seulement pour une même période quinquennale. Tout au long des années qui suivront la diminution va continuer.

**

Comparons à ces chiffres, le nombre d'hospitalisations pour Favus, dans les hospices et hôpitaux des grandes villes de France, pour une période allant environ de 1925 à 1935, soit dans la décade ayant précédé la deuxième Guerre Mondiale. (Ne perdons pas de vue le fait que ces chiffres embrassent non seulement l'agglomération urbaine mais surtout un arrière-pays rural parfois très étendu : Lyon 5 départements, Paris 8. De plus, cette clientèle rurale, misérable, n'a que l'Hôpital Général pour lieu de traitement, ce qui donne une valeur représentative satisfaisante à ces chiffres.) Nous trouvons hospitalisés pour Favus :

Rennes	9	par an en moyenne (2)
Lille	16	—
Bordeaux	7	—
Paris - Saint-Louis	160	—
Lyon	8	—
Nantes	rare	

(1) Plus ingénieux était le système utilisé en Afrique du Nord jusqu'à la Première Guerre Mondiale, et qui consistait à incorporer tous les conscrits atteints de Favus et à les réunir dans un même bataillon, « le bataillon favique », où un traitement leur était donné en même temps que l'instruction militaire.

(2) Nous devons ces chiffres aux thèses de Vermaère (Lille 1939), de Lecomte (Paris 1938), et à un article de la Gazette Médicale de Nantes, de juin 1932.

De ces derniers chiffres, que déduire ? D'abord que le taux global a baissé ; ensuite que les départements d'où sont originaires ces malades sont encore les départements ruraux de la statistique précédente. Pour expliquer cette descente, il faut tenir compte de plusieurs facteurs. Les moyens préconisés par Bergeron 30 ans auparavant ont été réalisés. Il n'y a plus de conscrits éliminés pour teigne : ils sont ajournés jusqu'à guérison complète. De plus, l'Inspection Médicale Scolaire existe, dans les villes, sinon dans les campagnes où elle ne se généralisera qu'après 1945. (Des arrêtés ministériels prévoient une visite avant chaque entrée. Des certificats de non-contagion sont délivrés à ce moment. Dans le cas contraire, l'éviction scolaire est prévue jusqu'à guérison). En fait, tout à l'heure, nous verrons les nombreuses restrictions qu'il faut ajouter à cette organisation de l'hygiène scolaire, parce qu'elles en diminuent la portée. Il nous semble que la diminution de l'endémie favique dans nos campagnes et due à des causes d'ordre beaucoup plus général.

L'hygiène générale (habitat, voiries, eaux, etc...) et individuelle (propreté corporelle) atteint à la ville un grand développement, et surtout elle gagne de plus en plus les campagnes. Si « la ville se transporte à la campagne », selon le mot d'un contemporain, on peut en dire autant des ruraux qui désertent de plus en plus la campagne pour la ville qui devient proche. Cet exode rural est temporaire ou définitif. Ce courant a beaucoup fait pour l'hygiène. Autres causes, l'éducation sanitaire se fait plus réelle, elle est due à la presse, la radio, mais surtout à l'instruction qui se généralise. L'organisation sanitaire le développement des centres spécialisés de traitement des maladies de peau ; l'existence d'un traitement actif et bien codifié, tout ceci, mais surtout le développement croissant de l'hygiène rurale et de l'instruction expliquent cette baisse (le nombre d'hospitalisés est le 1/3 de ce qu'il était la période précédente) de l'endémie favique dans des endroits où elle était classiquement si importante.

Mais dans certaines villes, on assiste, au contraire, à une nette montée de ce taux. C'est que de nouveaux facteurs sont intervenus. Ainsi à Paris, la proportion des Faveux ne cesse d'augmenter depuis 1900 (52 par an), 160 par an en 1935. A Lille, 16 par an.

Pour expliquer cette persistance du Favus, contrastant avec l'évolution de l'Hygiène, il faut faire appel à un nouveau facteur : l'arrivée en France dans les années qui ont suivi la Première Guerre Mondiale de tout un flot de Slaves et de Polonais, fuyant leur pays, et apportant avec eux leur misère. Polonais, Italiens du Sud, Arabes, tous ces émigrants vont se concentrer dans les grandes cités industrielles du Nord, de la Région Parisienne. La Pologne est à l'époque, le foyer favique le plus important d'Europe, si l'on juge par la Thèse de Baktrug qui estime à 20.000 le nombre de Faviques en 1921. Une augmentation du nombre des hospitalisations pour teignes à Paris et dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais est la conséquence de cette invasion pacifique. Les musulmans d'Afrique du Nord, depuis la fin de la Première Guerre Mondiale, viennent de plus en plus nombreux chercher travail et subsistance en métropole. Ce n'est pas encore l'émigration nord-africaine massive actuelle, au départ d'Afrique un triage et un contrôle sanitaire existent, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui. On conçoit néanmoins qu'un cas de Favus soit difficilement dépisté dans ces visites médicales sommaires. Une autre cause d'élévation du taux de l'endémie favique dans les grandes villes est fournie par l'exode israélite : un grand nombre de juifs d'Allemagne et d'Europe centrale cherchent à émigrer aux U. S. A. ; quand ils sont jugés impropres en raison de leur état de santé à pénétrer sur le sol américain, refoulés par les consulats, ils reviennent chercher asile et traitement dans nos hôpitaux (communication de Jeanselme en 1927).

Donc en cette décade, la dualité des deux Favus,

celui des immigrants et celui de nos campagnes, se faisait déjà sentir. Mais alors que le premier dépendait des aléas de la politique ou de la conjoncture économique (arrêt des immigrations polonaise et italienne, transits israélites) le second ne dépend que de facteurs hygiéniques et sociaux sur lesquels on peut agir. Et ce Favus autochtone décroît.

*

**

Et maintenant, pour terminer, considérons nos derniers chiffres, ceux de cette dernière décade. Les grands mouvements de population, les perturbations sociales et économiques de la Deuxième Guerre Mondiale sont oubliés; progrès technique, confort et hygiène des campagnes égalent sensiblement ceux des villes. L'instruction obligatoire et l'éducation sanitaire ont pénétré à peu près partout. La thérapeutique du Favus devient, sinon de réalisation rapide, du moins peu onéreuse et accessible à tous (grâce à toutes les lois sociales d'assistance et d'aide, et à l'essor sanitaire). Dans toutes ces conditions, où en est l'endémie favique ? D'abord des chiffres.

A Paris. — En l'espace de 10 ans : 431 Favus (en 1956 : 58 cas). Ces Favus sont dans 25 % des cas Nord-Africains, les autres proviennent de Paris et de la région parisienne, mais surtout de la province (Est-Nord).

A Lille. — MM. Huriez et Coutelen voient en consultation en 10 ans 234 Favus, soit 20 par an en moyenne (peu d'oscillations). Ces 20 cas proviennent surtout des régions côtières et minières des départements du Nord et Pas-de-Calais (peu de Nord-Africains).

A Lyon. — En 3 ans (1946-1949), 17 cas de Favus, dont 10 Nord-Africains et 7 provenant de foyers jurassiens et savoyards. Depuis 5 ans, la totalité des Favus hospitalisés à la clinique dermatologique de l'Antiquaille ou dans le service de l'Hôpital Edouard-Herriot sont des

Nord-Africains. En 1956, M. Coudert, dans une étude sur les dermatomycoses de la région lyonnaise, réunissait 13 Favus. En un an (jusqu'en juin 1959), une statistique personnelle m'a permis d'en compter 12 cas, aucun n'étant français.

A Marseille. — Un seul cas depuis 5 ans, et encore provenait-il d'une personne ayant longtemps séjourné en Corse, nous dit M. Ranque en 1956.

En Bretagne. — Citée à tort comme un foyer traditionnel de Favus, une enquête personnelle effectuée auprès des services de Dermatologie des hôpitaux de Nantes, Brest et Rennes a été pratiquement stérile, les derniers cas remontant à 6 ans (Brest), ou 3 ans (Rennes). Des entretiens sur ce sujet, avec les meilleurs spécialistes civils et militaires de la péninsule, nous apprenaient que cette opinion était rien moins que justifiée, la Bretagne n'étant pas plus un foyer de teignes que les autres provinces.

Et on pourrait continuer l'inventaire, la conclusion est nette : dans la plupart des régions, même dans celles réputées pour avoir été longtemps des hauts-lieux de Favus (1), extinction quasi-totale de l'endémie, au point que les médecins en ignorent souvent les signes et le traitement. Ailleurs l'endémie persiste, mais reste très localisée : nichées familiales où 4, 5, 6 enfants parfois se contaminent au contact d'un adulte (2). De plus, il faut dire que dans ces foyers, la crasse et la promiscuité sont en contraste fort avec l'hygiène du reste de la population, et un cas de Favus revêt toujours un cachet d'exception dans une localité.

(1) Ainsi dans l'Hérault, pendant si longtemps tête de liste des départements ayant des conscrits teigneux au siècle dernier, on ne voit plus de Faveux hospitalisés.

(2) A la consultation dermatologique de l'Hôtel-Dieu de Rennes en 1951 furent amenés successivement 4 enfants faveux d'une famille d'un village des Côtes-du-Nord ; la contamination ne prit fin que lorsque le père, qui était à l'origine de celle-ci, se fut fait traiter.

Voilà pour le Favus autochtone. Par contre, le Favus dit d'importation qui commençait à se faire jour au lendemain de la Première Guerre Mondiale, a pris une extension sérieuse, qui ne laisse pas de poser de problèmes. Nous étudions dans notre dernier chapitre, l'immigration Nord-Africaine et les problèmes qu'elle pose. Les émigrations non musulmanes sont moins importantes (ralentissement ou arrêt des arrivées polonaises ou italiennes). Par contre, périodiquement, le transit en France de populations en quête de nouvelle patrie (Hongrois en 1956, Israélites à la création de l'Etat d'Israël) augmente le Favus. M. Ranque à Marseille, dans un camp de triage pour Israélites provenant des pays musulmans d'Afrique, dépista :

En 1949 : 125 Favus sur 9.000 personnes examinées.

En 1950 : 34 Favus sur 10.000 personnes examinées.

Etant donné le peu de contagiosité du Favus, ces transits humains ont un intérêt épidémiologique assez minime.

Quelles sont les mesures prophylactiques à appliquer, pour détruire une fois pour toutes cette teigne, si lourde de conséquences sur le plan social et financier ?

Tout d'abord un traitement codifié, sans danger avec un temps d'hospitalisation et de surveillance le plus bref possible (un traitement ambulatoire serait l'idéal) ; le traitement à la Griséofulvine, en réduisant le temps d'hospitalisation à trois semaines environ comme nous l'avons constaté chez les 20 petits teigneux de l'Ecole Laillier, et en supprimant à peu près tout risque de récurrence, du moins théoriquement, est une source d'espoirs.

Mais le traitement n'est pas tout. Il faudrait que des conférences d'éducation sanitaire soient faites aux Instituteurs et Infirmières (le plus souvent, ce sont eux qui remplacent le médecin dans les visites préventives). Bien des médecins praticiens ignorant tout du Favus, et soi-

gnant hardiment toutes les teignes à l'oxyde de mercure, ne pourraient que gagner à augmenter leurs connaissances dermatologiques.

Une liaison constante entre l'inspection médicale scolaire et les services hospitaliers est à souhaiter, avec enquête automatique au foyer de tout Faveux dépisté. Mais bien plus important encore dans cette éradication du Favus, est la surveillance et la désinfection des taudis, de tous ces logis miséreux dont les occupants ne peuvent qu' « attraper et rattraper » toutes sortes de maladies sordides, dont le Favus est la moindre.

DEUXIEME PARTIE

LE FAVUS EN AFRIQUE DU NORD

CHAPITRE I

ETAT DE L'ENDEMIIE

De tout temps l'Afrique du Nord a été un terrain de choix pour le Favus, qui occupe souvent le troisième rang dans les maladies contagieuses du Maghreb, après le paludisme et le trachome. Il nous a paru intéressant de donner une idée sur l'endémie favique, souvent méconnue ou exagérée : d'abord parce que le Favus est une affection sinon très grave, du moins longue et coûteuse (pour la collectivité qui assume les frais de l'hospitalisation), ensuite et surtout parce que sa fréquence dans une localité reflète assez fidèlement le degré de l'hygiène et des conditions de vie des habitants de cette localité. Nombreuses sont les enquêtes effectuées à ce sujet dans divers points du Maghreb : dépouillements de registres d'hôpitaux, consultations dermatologiques auprès de dispensaires et hôpitaux des grandes villes, chiffres communiqués par les médecins du bled soignant les toujours nombreux requérants d'A. M. G. etc... Rares étaient les enquêtes ayant porté sur de grands ensembles de populations, comme

celles de Coutelen et Huriez en Tunisie et surtout Catanei dont la vaste expérience échelonnée sur 25 années a exploré à peu près tous les milieux humains d'Algérie. Pour élaborer cette étude sur les teignes en Algérie nous n'avons fait que puiser dans leurs chiffres.

Le dépistage par Lévy-Lebhar en 1954 de 29 écoles israélites de Casablanca, soit 13.000 écoliers, donne un nombre de Favus chez ceux-ci atteignant 63, soit 0,5 %. Chez les musulmans d'un orphelinat de la même ville, une enquête moins vaste donnait 5 % de Favus. Un sondage réalisé dans 500 familles de la ville arabe (Mel-lah) de Casablanca, donne une idée plus précise de la répartition générale du Favus dans la population : nous trouvons 3 %. La même proportion dans le mellah de Marrakech donnait un chiffre de 18 %.

En 1936, une enquête de Langeron, beaucoup plus générale, puisqu'ayant porté sur les villes et villages de l'Anti-Atlas, du Moyen et Grand Atlas, nous donnait une répartition des teignes marocaines : 4/5 d'entre elles seraient faviques.

Au Maroc espagnol une étude de Baéza en 1934 nous donnait un pourcentage de Favus pour l'ensemble de la population de 11 %.

Du Maroc passons à la Tunisie où une précieuse enquête de Coutelen et Huriez effectuée en deux étapes, d'abord en 1950, puis en 1953, nous donne le pourcentage des enfants faviques dans les grandes villes de la côte et dans 18 villes et villages de l'intérieur : soit dans les villes littorales un chiffre de 2 %, et dans l'intérieur 4 %. (23.000 enfants en tout avaient été examinés.)

Dans le Sud Tunisien, un sondage de la population de 16 villes (Béretvas, 1950) donnait un chiffre de 320 teignes dont 30 Favus, soit pour toute la population 1 % de Favus seulement. (En majorité Israélites il est vrai.)

En Algérie, sur laquelle nous insisterons surtout, une première étude est faite par Gémy en 1891 et donne 94 Favus pour les écoles d'Alger sur 6.000 enfants inscrits dans ces écoles.

L'essentiel de cette étude nous le devons à l'exploration du territoire algérien dans son ensemble (Tell, Hauts-Plateaux et Sahara), par Catanei, et aux séries d'enquêtes sur les teignes musulmanes par lui effectuées pendant une trentaine d'années. Cette prospection méthodique et complète a eu le grand mérite de porter sur des agglomérations à genre de vie très différent.

Ainsi pour la côte algérienne :

Sur 1.764 enfants musulmans examinés 111 Favus sont dépistés, soit 6,2 %.

Sur 3.100 enfants de race israélite ou européenne 16 cas de Favus (1), soit 0,5 %.

Dans les gourbis du Tell algérien 1.350 enfants musulmans fournissent un total de 55 Favus.

Soit 4 %.

Un calcul similaire pour les non musulmans donne 1,2 %.

En Grande Kabylie, où la densité de population est la plus grande, et où les habitations sont en groupes serrés 32 Favus ont été dépistés, soit environ 5 %.

Dans les Hauts-Plateaux, où le climat et la végétation sont presque désertiques, et où les habitants, groupés en villages sordides et denses autour des points d'eau, ont

(1) Tous les chiffres que nous donnons concernent strictement les cas de Favus, à l'exclusion des autres teignes tondantes,

des conditions de vie très précaires, l'enquête a révélé un taux de Favus variant de 23 % à 5 %, selon que les habitations sont très resserrées (El Kantara) ou disséminées (Aïn-Zatout).

Au Sahara, peuplé de Berbères et de Négroïdes de sang mêlé, vivant en « Ksours » dont la saleté est proverbiale dans le reste de l'Algérie, le taux varie de

6,3 % (Biskra, Beni-Ounif) à 16 % (Figuig, Aïn-Sefra).

Une série d'études géographiques et humaines plus récentes paraissant dans les annales de l'Institut Pasteur d'Algérie (1957) consacrées aux postes militaires du Sud-Algérien confirment ces derniers chiffres puisque à Taghit sur 547 enfants 21 sont faviques et à Ouargla sur 854 enfants 10 % le sont aussi.

CHAPITRE II

LES FACTEURS EN CAUSE

Aucune de ces prospections ne permet de donner un chiffre moyen sur l'endémie algérienne dans son ensemble. Un taux global serait d'ailleurs de peu de signification, la fréquence de la teigne chez les musulmans dépistés variant entre les chiffres extrêmes de 1,7 à 32,5 % selon les régions, et dépendant étroitement de facteurs que nous allons étudier maintenant. Parmi ces facteurs, deux sont essentiels : ce sont les conditions d'hygiène et d'entassement de la population. C'est ainsi que la proportion des cas de Favus est faible dans les petites agglomérations (maisons dispersées ou réunies par petits groupes), et dans les villes où les musulmans sont groupés mais vivent au milieu d'Européens. La fréquence devient élevée lorsque les musulmans sont groupés en quartiers distincts de la ville européenne, et surtout dans les ksours des oasis sahariennes et des Hauts-Plateaux, où entassement et hygiène sordide atteignent un haut degré.

Dans cette fréquence de la teigne il nous faut quand même tenir compte de quelques autres facteurs.

Tout d'abord l'âge : ici comme en métropole le Favus

est beaucoup plus fréquent chez les jeunes. Dans l'enquête algérienne la très grosse majorité des sujets a entre 3 et 20 ans, le maximum de cas se situant entre 5 et 10 ans. Au Maroc, le plus fort contingent de teigneux a un âge oscillant entre 6 et 10 ans. Effectivement, il existe dans la population algérienne une grosse proportion de jeunes (100.000 naissances de plus par an environ). Mais ceci ne suffit pas à expliquer la prédilection du Favus pour le jeune âge. D'autant plus que la guérison naturelle quand elle survient se fait entre 8 et 14 ans, jamais après, et que les formes graves ou généralisées existent surtout à l'âge mûr. On doit donc arguer d'une sensibilité particulière du cuir chevelu de l'enfant pour *T. Schonleini*, comme cela est de règle pour les autres mycoses.

L'influence du sexe dans la répartition des cas de Favus en Afrique du Nord, ne semble pas à retenir car elle n'est qu'apparente. Si certaines statistiques montrent une prédominance de mâles atteints de Favus, ceci vient du fait que la prospection a été faite dans des écoles ou sur des places publiques, lieux surtout fréquentés par l'élément masculin (la femme musulmane menant une existence en retrait, recluse dans ses murs une grande partie de sa vie). Les enquêtes ayant porté sur les familles elles-mêmes ne montrent pas cette prédominance masculine. Le sondage de Lévy-Lebhar dans les 500 familles du mellah de Casablanca indique une répartition sensiblement identique dans les deux sexes avec même une forte proportion de teignes chez les mères (14 %). L'enquête de Coutelen en Tunisie signale le même fait.

**

Un autre facteur intervenant dans la répartition des teignes faviques est le facteur géographique. Il existe entre des régions d'Afrique du Nord, à conditions hygiéniques semblables, des différences importantes du taux d'endémicité. Ceci s'explique par une sensibilité plus ou moins

grande de T. Schonleini aux données climatiques de l'endroit. Ainsi une vaste enquête de Van Breuseghem, au Congo belge en 1950 ne signale pas de Favus dans les 15.000 examens de teignes pratiqués. Le même fait est signalé au Cameroun par Labbé en 1939 et Cochet en 1955. Pour ce qui est du Favus maghrebin, on voit le taux baisser notablement de l'Est à l'Ouest, puisque le pourcentage de Favus dans les teignes dépistées qui est de 76 % au Maroc passe à 22 % en Tunisie et à 2 % en Tripolitaine. Toujours à l'appui de cette idée sur l'influence géographique nous trouvons un fait signalé par Catanei. Les cas de Favus dépistés dans les villages de l'Aurès sont moins nombreux qu'au Sahara ou dans les Hauts-Plateaux, de plus ils présentent une gravité et une généralisation à la peau beaucoup moindre que les cas trouvés sur le littoral ou dans les territoires du Sud.

*
**

Le facteur ethnique intervient aussi dans la plus ou moins grande réceptivité aux mycoses. Il est classique d'attribuer aux Israélites une grande sensibilité vis-à-vis de T. Violaceum, et aux Noirs une relative immunité vis-à-vis du Favus (sur 1.400 prélèvements de teigne, rapportés du Cameroun par Cochet en 1955, pas une seule fois A. Schonleini n'a été isolé). En Afrique du Nord, on peut distinguer 5 communautés ethniques : Européens, Israélites, Berbères, Arabes et Négroïdes (ces derniers dans les territoires du Sud exclusivement). Dans les écoles de la côte algérienne, le taux moyen d'endémicité favique est environ de 0,5 % pour les écoliers non musulmans et de 6,2 % pour les enfants arabes. Les différences de niveau de vie entre Européens et Israélites d'une part et musulmans de l'autre expliquent largement cette différence d'infestation. Par contre, dans les ksours des oasis sahariennes (Biskra, Ouargla, El Kantara, etc...) où Berbères et Négroïdes cohabitent dans une même hygiène sordide (la pire de toute l'Algérie, aux dires des témoins), les

Négroïdes sont moins souvent et surtout moins intensément infestés. Il faut faire état ici d'une certaine prédisposition raciale.

*
**

Il existe d'autres facteurs encore, dont il faut tenir compte dans une étude sur l'infestation teigneuse du Maghreb. Il n'est pas rare de voir dans une même famille tous les enfants atteints de Favus, mais on constate également qu'un certain nombre de sujets échappent à la contagion. Une prédisposition naturelle à l'infestation existe. Pour une exposition identique au parasite, certains cuirs chevelus sont sensibles, d'autres résistants. Dans sa prospection des teignes au Congo belge, Van Breuseghem avait noté dans des localités aux conditions de vie apparemment identiques, des variations dans les taux d'endémie teigneuse allant de 5 % à 40 % parfois. Il avait remarqué en outre que ces villages à haute infestation teigneuse étaient toujours des villages où les cirrhoses carentielles étaient très nombreuses, et ces deux affections se rencontraient sur les mêmes sujets (45 teignes sur 49 sujets atteints de Kwashiorkor). Il en concluait que le déficit en protéines favorisait la teigne. Il est possible que ces carences protéiques interviennent dans la haute morbidité favique de certains villages montagnards kabyles où l'aridité du sol ne permet qu'une nourriture carencée, à base de glands doux et de figes.

*
**

On est tenté de faire appel à une origine animale du Favus en Algérie, quand on connaît l'importance de l'élevage chez ce peuple de pasteurs, et surtout la forte promiscuité qui règne dans les mechtas où bêtes et humains logent sous un même toit. En réalité, A. Schoneleini n'est pas rencontré dans les teignes des animaux, ces dernières étant dues à *Microsporum canis* (toutes les

microspories du cuir chevelu en Algérie lui sont dues), à *Trichophyton langeroni* (dromadaire) et aux variétés de *Ctenomyces*.

Ces facteurs, que nous venons de citer, jouent un rôle certain dans la répartition du *Favus* en Afrique du Nord, mais ils sont secondaires par rapport à ceux qui vont maintenant retenir notre attention et qui sont la promiscuité et l'absence totale d'hygiène. A elles seules, ces deux données suffiraient à expliquer le maintien d'un taux si élevé d'infestation.

La promiscuité est d'abord le fait du manque de place, de l'entassement de la population. La densité humaine au km² est de 210 à 300 en certains endroits de la petite Kabylie ! Des conditions climatiques et géographiques défavorables ont réduit la partie cultivable de l'Algérie à une étroite bande tellienne. Presque toute la population rurale va se masser dans les zones les plus favorisées de ce littoral. L'essor démographique ayant obligé une bonne part de ces ruraux à émigrer vers les villes, celles-ci vont s'entourer d'une ceinture de « bidon-villes », à degré d'entassement difficile à imaginer. Effectivement, nous allons trouver dans ces populations suburbaines denses, et dans les villages surpeuplés de la petite Kabylie et de la Soumam, un fort contingent de teignes, puisque à Tenès et Mostaganem l'enquête de Catanei dénombre presque 10 cas de teignes pour 50 habitants. Cet entassement de la population est entretenu, tant dans les bidon-villes que dans les campagnes, par une extraordinaire fécondité des ménages musulmans, fécondité qui n'est pas spéciale aux pays musulmans mais commune à tous les peuples pauvres. Dans beaucoup de mechtas, les parents ignorent le nombre de leurs enfants. Plusieurs visites à des fermes du Sud-Constantinois m'ont permis de constater une promiscuité qui est de règle à peu près partout : dans ces maisons basses en boue séchée, avec juste une ouverture, deux nattes étaient installées à même le sol de terre

battue, une de ces nattes servant de couche commune à tous les éléments mâles, l'autre à tous les éléments féminins de la famille.

*
**

Il est inutile de détailler les conditions d'hygiène des villages algériens. Toute hygiène corporelle, même la plus sommaire, reste lettre morte dans la majorité des foyers indigènes, tant chez les Nomades du Sud qui font leurs ablutions rituelles avec du sable, que dans les gourbis des Aurès ou surtout les villages ksouriens des palmeraies présahariennes. Le manque d'eau et la pauvreté ne sont pas les seules causes de ce manque d'hygiène qui est surtout le fait de l'ignorance foncière des femmes musulmanes (ce sont elles qui s'occupent des enfants) et de l'insouciance fataliste de tous ces peuples d'Islam. Pour ce qui est du Favus, le port permanent du « tarbouch », du « cheich » ou de n'importe quelle coiffure vissée sur le crâne, par le manque de transpiration et de soleil qu'elle procure, n'est pas fait pour s'opposer au développement des mycoses. Dans les mechtas des Hauts-Plateaux, il est d'usage d'enfouir dans les anfractuosités des murs les cheveux coupés, ceux-ci étant toujours coupés par le premier venu. Et on pourrait multiplier ces descriptions sans difficulté, mais aussi sans grand intérêt ; nous terminerons en disant seulement que les teignes (quand elles sont traitées, car souvent elles sont un signe de force ou de santé) en pratique indigène sont détergées par la figue de Barbarie, le nettoyage étant réalisé par une solution de thé sucré, ou une onction à l'huile rance.

Ainsi le terrain de choix que représente l'Algérie pour le Favus, se comprend suffisamment quand on sait le haut degré de promiscuité de la population, et il n'est pas besoin ou à peine de faire appel aux facteurs accessoires que sont le climat, la race, ou la carence protéique. Avant d'aborder l'étude prophylactique du Favus, il nous a sem-

blé intéressant de donner quelques idées succinctes sur les conditions économiques et sociales des populations nord-africaines. Ces données ne seront pas déplacées dans une étude sur la teigne, dans la mesure où elles expliqueront l'ignorance et la misère qui sont à la source de celle-ci, et surtout dans la mesure où elles pourront servir de base à tout essai de prophylaxie, car une prophylaxie du Favus qui n'est pas d'abord une amélioration des conditions hygiéniques et sociales des intéressés, est illusoire.

Une des causes essentielles du niveau de vie misérable des populations algériennes est le déséquilibre entre le chiffre de la population qui ne cesse de croître (120.000 de plus par an en moyenne) et l'état des ressources qui lui ne croît pas en proportion. Ces ressources sont surtout agricoles et pastorales et elles sont insuffisantes. Des conditions géographiques ingrates font que seulement quatre millions d'hectares sont réellement cultivables ; hors de cette zone fertile du Tell les cultures sont impossibles sans irrigation, c'est le domaine des vastes pâturages à déplacements importants et à transhumance des Hauts-Plateaux et du Sahara. A ces données climatiques viennent s'ajouter des données humaines aussi peu favorables : techniques agraires archaïques, insouciance du rendement, mauvaise répartition des terres dont la plupart sont propriétés collectives et de ce fait livrées à l'anarchie, primauté accordée aux cultures d'exportation sur les emblavures, etc... Tout ceci aboutit à des récoltes incertaines et insuffisantes. Les ressources fournies par l'élevage étant elles aussi incertaines (haute morbidité du cheptel) nous en arrivons à une situation économique assez précaire. En face de ces ressources, nous trouvons une population qui ne cesse de croître, cet essor démographique étant dû à une baisse de la mortalité (24 % en 1921, 16 % en 1936) et une augmentation de la natalité (pour les mêmes années de 20 % et 36 %) favorisées l'une et l'autre par l'œuvre française (arrêt des épidémies et des famines, lutte contre la syphilis, assistance, etc...) et entretenues par une fécondité

importante encouragée par le Coran. Le résultat de ce déséquilibre entre les ressources du sol et l'importance de la population est un niveau de vie bas, une ration alimentaire au-dessous de la moyenne, et la création d'un important prolétariat rural et suburbain. Tout ceci étant, l'on s'en doute, hautement favorable à l'éclosion de maladies infectieuses, le Favus en est une.

Pour lutter contre cette ignorance et cette misère à la source de la plupart des maladies maghrebines, l'effort français a surtout porté sur la création d'écoles et d'hôpitaux. Nous n'insisterons pas sur les écoles en Algérie et le rôle de premier plan qui leur est dévolu dans l'éducation sanitaire et plus simplement dans le dépistage des maladies. Nous allons plutôt très sommairement étudier l'histoire et le développement de l'action sanitaire et sociale proprement dite. Jusqu'en 1940 nous voyons une adaptation assez parfaite de la médecine (d'abord médecine militaire, puis médecine de colonisation à partir de 1845) aux besoins des populations tant urbaines que rurales. En milieu urbain, la pratique médicale ressemble à ce qu'elle est en métropole, avec en plus pour les indigents une A. M. G. assurée par des « médecins communaux ». Dans les campagnes existe une médecine collective, dispensée par médecins de colonisation et auxiliaires indigènes dans des infirmeries et « hôpitaux auxiliaires ». A partir de la Deuxième Guerre Mondiale, l'essor démographique et la disette des campagnes obligent nombre de ruraux à émigrer vers les grandes cités, créant les fameux bidon-villes. Et ces indigents, ayant perdu le bénéfice du service de santé rural ne trouvent pas de compensation dans les villes, dont les municipalités leur refusent le secours de l'A. M. G. L'institution de la Sécurité Sociale en Algérie (1949) n'a pas eu de profonds retentissements sur la pratique médicale traditionnelle. Les dispensaires de la Mutualité sociale agricole ne sont qu'au nombre de 220. Les services de Santé Publique, qui avaient jusqu'ici l'initiative de l'assistance médico-sociale ont perdu de leurs prérogatives. En bref,

la situation actuelle se traduit par un déséquilibre entre les besoins des populations et l'apport de la médecine sociale, le champ de cette dernière étant trop limité.

Ajoutons à cela les perturbations apportées par les événements actuels, la fuite de nombreux médecins, l'abandon de dispensaires et infirmeries, etc... et on comprend bien alors l'insuffisance de l'organisation sanitaire.

Devant cette haute endémie teigneuse signant des conditions économiques et sociales aussi précaires, quelles sont les possibilités de prophylaxie ? L'amélioration du niveau de vie et de l'éducation serait l'essentiel de celle-ci. La scolarisation plus poussée (actuellement 25 % des enfants seulement ont une fréquentation scolaire) aurait une répercussion sociale sur laquelle il est inutile d'insister dans cette étude. Les moindres préceptes d'hygiène ne pourront pénétrer dans les douars musulmans, que par les enfants et les adolescents, les idées nouvelles, quelles qu'elles soient, n'ayant de prise que sur eux. (Combien de fois n'avons-nous pas vu de ces vieux musulmans ayant passé une bonne partie de leur vie en métropole comme soldat ou comme ouvrier, et qui, revenus à leurs mechtas natales reprenaient les us et coutumes les plus sordides du bled !) Toute prophylaxie sera donc une scolarisation plus poussée, et une éducation sanitaire comprise dans les programmes d'enseignement.

Dans un ordre d'idées plus proche de la dermatologie que concevoir ? Avant tout, il convient de rappeler que le milieu algérien est une mosaïque de populations à différents degrés d'évolution sociale ; il ne saurait être question d'organiser la distribution de soins de la même manière en ville et dans les campagnes, dans les villages kabyles surpeuplés et dans les immenses étendues des steppes présahariennes ; il faudra donc adapter constamment tout essai prophylactique à la région et au milieu. Dans les villes, les moyens thérapeutiques ne manquent pas. Le seul

problème se posant étant celui de l'hébergement des faviques, dont le traitement s'étale sur des mois et pour lesquels une véritable hospitalisation n'est ni nécessaire, ni désirable. La prophylaxie urbaine est du ressort de la médecine sociale et ne peut porter que sur l'augmentation des possibilités de dépistage (inspection médicale scolaire, professionnelle, consultations obligatoires).

Dans les milieux ruraux le problème est autre ; la grande dissémination des mycoses, l'absence fréquente de vrais centres de traitement limitent forcément l'action de beaucoup de médecins au traitement médicamenteux local exclusif. L'école reste l'endroit unique où peut s'exercer une lutte collective contre les teignes. C'est à l'instituteur ou à l'infirmière que reviendront ces missions de dépistage et de traitement, le médecin étant souvent trop éloigné. Une guérison régulière et complète n'est pas l'objectif à atteindre ; on recherche plutôt une limitation de la dissémination, un arrêt de la contagion, sans éviction scolaire nécessaire.

Rasage et décapage de la tête, badigeons à l'huile de Cade et à la Teinture d'Iode étaient déjà employés par les maîtres d'écoles en 1923 ; le bénéfice qu'ils en tiraient était appréciable (communication de Pons et Leychard). Certaines préparations à base d'acide undécylénique se sont montrées plus ou moins actives. Les pommades à l'Astérol récemment employées pour soigner les teignes congolaises par Van Breuseghem, ont eu des résultats satisfaisants et peuvent s'employer en médicaments de masse, dit-il.

Ainsi, les préparations ne manquent pas ; il s'agit plutôt d'obtenir des intéressés la patience et la volonté suffisantes, pour raser, laver, appliquer les produits, et surtout surveiller les résultats. Ce n'est qu'ainsi que disparaîtra l'endémie faveuse chez les jeunes.

Pour ce qui est des adultes, moins aptes que les enfants à assimiler des principes d'hygiène préventive, des conférences publiques, comme celles décrites par Soussane, au Maroc, auraient moins d'intérêt pour le Favus que pour le Trachome, plus facile à traiter. Tout au plus, pourrait-on profiter de ces vastes rassemblements de populations que sont les Souks, les Marchés, ou actuellement les opérations de recensement, pour faire un dépistage rapide, dans le cadre de l'A. M. G., et envoyer les teigneux découverts au centre de traitement le plus proche ; étant entendu que le Favus ne disparaîtra que du jour où un traitement rapide et sans risques de récidives aura été découvert, la longueur de l'hospitalisation et la difficulté de la surveillance des résultats d'un traitement étant les grands écueils.

CHAPITRE III

LE FAVUS CHEZ LES IMMIGRANTS

Cette émigration nord-africaine vers la métropole, qui est une des solutions nécessaires apportées au problème de la misère et de la surpopulation, n'est en somme que le complément de la migration interne des ruraux vers les grandes villes du littoral. Nécessité vitale pour la population, elle apporte avec elle des problèmes de toutes sortes, dont le problème sanitaire n'est pas le moindre, et l'importance de ce dernier dépendra du nombre des immigrants d'abord, ensuite de la réglementation concernant leur arrivée. Tout d'abord le nombre : en 1914, 5.000 musulmans sont installés en métropole, en 1924, ils seront 100.000 et en 1956 le double, dont 20.000 femmes et enfants. Venus de régions rurales et surpeuplées (les 4/5 sont kabyles) ils vont s'amasser dans les centres industriels du Bassin Parisien, de la Lorraine, du Nord, et de Lyon. Une réglementation de ces départs s'imposait. Au début, leur arrivée était subordonnée à la demande des services publics et des entreprises privées, leur nombre était prévu, un triage préalable s'effectuait avant l'embarquement, éliminant ainsi les inaptes et les déficients. Puis, à mesure

que l'essor démographique s'est précisé, vont arriver sur notre sol beaucoup plus d'immigrants que n'en demandent les Services de la Main-d'Œuvre. Des réglementations successives oscillant entre la libre circulation et le contrôle sévère des entrées, vont avoir lieu de 1924 à nos jours (décret du 4 août 1926 prévoyant 2 visites sanitaires pour tout musulman allant en métropole, supprimées en 1936 parce que jugées trop offensantes pour la dignité algérienne, rétablies en 1937). Toujours est-il qu'actuellement nous assistons à deux sortes d'émigrations, la première est officielle et organisée, un contrôle sanitaire existe à l'embarquement et à l'arrivée dans un centre d'hébergement à Marseille, les sujets atteints de maladies contagieuses (dont la teigne) étant refusés, la seconde beaucoup plus importante est libre et groupe tous les Algériens qui espèrent trouver de l'embauche une fois arrivés sur le sol métropolitain. Ces derniers n'étant soumis à aucun contrôle sanitaire, véhiculeront toutes sortes de germes. Les cas de Favus dépistés dans nos consultations n'avaient jamais fait l'objet d'autre visite médicale auparavant.

Nous avons vu dans notre premier chapitre l'importance de ce contingent nord-africain dans les teignes dépistées, et spécialement le Favus, depuis la Première Guerre Mondiale en France. A Paris, une centaine de cas est hospitalisée en 1956 à l'Hôpital Saint-Louis et à l'Hôpital Franco-Musulman (Docteur Jausion). A Lyon, chaque année, une douzaine de Favus passe en consultation dans les services de l'Antiquaille ou de l'Hôpital Edouard-Herriot. Il est incontestable que, si les teignes ne constituent pas un danger public, elles n'entraînent pas moins des charges financières qui pèsent sur la collectivité. Par ailleurs, l'éviction scolaire n'est pas sans inconvénients, et plus grave encore est l'entrave apportée au travail pendant de longs mois par l'évolution d'un Favus chez l'adulte dans la main-d'œuvre nord-africaine.

La prophylaxie de cette affection, de plus en plus

importante chaque année puisque le nombre de travailleurs immigrés croît sans cesse, est donc une nécessité. Il nous semble que le dépistage des cas de Favus, qui est une des bases de cette prophylaxie puisse se faire à deux moments. D'abord au départ d'Algérie, au cours du tri effectué par les commissions de recrutement, le contrôle sanitaire devrait comporter un examen systématique du cuir chevelu. Cet examen est difficile et forcément incomplet, Ranque en 1949 découvrait à Marseille 600 teignes dont 125 Favus chez 9.000 sujets israélites venant d'Afrique du Nord, et qui avaient pourtant déjà fait l'objet d'un premier examen au départ. Voilà pourquoi ce même examen doit se compléter lors du deuxième contrôle sanitaire qui a lieu dans les centres d'hébergement portuaires. Mais nul n'ignore que ces contrôles officiels n'intéressent en fait qu'une petite partie des travailleurs (1/10 environ d'après les fiches policières de Marseille), ceux qui partent avec un contrat. Tous les autres viennent en métropole sans contrat ni contrôle sanitaire d'aucune sorte, au hasard des traversées méditerranéennes, espérant trouver de l'embauche « sur le tas ». Beaucoup d'entreprises préfèrent employer ces derniers plutôt que d'avoir affaire aux services officiels de la Main-d'Œuvre.

Le dépistage des cas de maladies contagieuses ne pourra donc avoir lieu que dans le cadre de la Médecine du Travail. Une collaboration entre cette dernière et les centres de traitement hospitaliers est souhaitable avec une enquête automatique dans les foyers de chaque malade dépisté, car les conditions de logement des travailleurs musulmans en métropole ne sont guère différentes de celles qu'ils ont quittées dans les bidon-villes d'Algérie. Une désinfection et une surveillance des taudis qui leur servent de logement appuieront cette prophylaxie, étant entendu que le Favus et les autres maladies contagieuses ne disparaîtront vraiment que lorsque des conditions correctes de logement seront accordées à tous ces travailleurs.

CONCLUSIONS

1° Le Favus, si fréquent dans nos campagnes à la fin du siècle dernier, a pratiquement disparu de celles-ci aujourd'hui. Cette disparition est due en partie à l'amélioration des méthodes de traitement (radiothérapie, acétate de thallium) et de dépistage scolaire, mais elle est surtout le fait des progrès de l'hygiène générale et de l'évolution des mœurs dans ces campagnes. Hormis les cas de Favus d'importation algérienne, il ne persiste guère que quelques rares foyers dans le Nord et la Normandie notamment. Affection grave par son caractère repoussant, susceptible par sa durée indéfinie d'apporter une entrave non seulement à la fréquentation scolaire, mais aussi au travail professionnel, elle pose un problème thérapeutique et prophylactique important.

Pour le traitement, le handicap que constitue la longue durée de l'hospitalisation et de la surveillance ultérieure, trouvera peut-être une solution dans la mise à l'essai récente d'un nouvel antifongique : la Griséofulvine. Les

résultats obtenus jusqu'à présent par ce produit facile à manier sont encourageants : temps d'hospitalisation réduit, et risques de récidives pratiquement supprimés.

La prophylaxie ne trouvera sa pleine efficacité que dans une liaison étroite entre les services hospitaliers de traitement d'une part, et l'inspection médicale scolaire ou la médecine du travail d'autre part. L'essentiel de cette prophylaxie réside dans une surveillance et une désinfection des taudis d'où sortent les derniers cas de Favus ; ce dernier devrait rentrer dans la liste des maladies à Déclaration Obligatoire.

2° Dans les départements algériens, hautement infestés de Favus, dont la fréquence selon les régions varie en fonction de l'hygiène et de l'entassement des diverses populations, la prophylaxie repose avant tout sur une amélioration des conditions de vie de ces mêmes populations. Toute prophylaxie qui ne serait pas basée sur le développement des conditions hygiéniques et sociales de ces peuples serait illusoire. Ceci étant réalisé, on peut alors envisager des méthodes de dépistage et de traitement valables. Si à la ville le traitement n'offre pas de difficultés, dans les masses rurales et suburbaines par contre, loin des dispensaires et centres de traitement, on doit de plus en plus activement chercher à guérir ces teignes par un moyen médicamenteux facilement maniable (Astérol ?).

3° En métropole, l'endémie favique des travailleurs musulmans ne cessera que si une liaison étroite est établie entre les services hospitaliers et les organismes de dépis-

tage scolaire ou professionnel. Une surveillance des taudis et leur désinfection appuieront cette prophylaxie, étant entendu que le Favus ne disparaîtra vraiment que lorsque des conditions de logement convenable seront accordées à ces travailleurs.

Le Président de la Thèse :

Professeur COUDERT.

Vu le Doyen :

HERMANN.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 9 juillet 1959.

Pour le Président du Conseil de l'Université :

Le Vice-Président,

M. MOUSSA.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAEZA. — Note statistique sur les teignes au Maroc espagnol. *Ann. de Parasit. Hum. et Comp.*, XII, p. 405.
2. BAKTRUG. — Le traitement et la prophylaxie des teignes en Pologne. *Thèse de Méd.*, Paris 1931.
3. CATANEI (A.). — Etude sur les teignes nord-africaines. *Arch. Inst. Past. Algérie*, sept. 1933, p. 267.
4. CATANEI (A.). — Les teignes dans les agglomérations indigènes de l'Aurès. *Arch. Inst. Past. Algérie*, mars 1936, p. 9.
5. CATANEI (A.). — Nouvelles observations sur les teignes en Algérie et dans les Colonies françaises. *Arch. Inst. Past. Algérie*, juin 1946, p. 116.
6. CATANEI (A.). — Les teignes en Afrique du Nord. *Maroc Médical*, nov. 1950, p. 955.
7. CHABANNES (J.). — Essai de statistique des teignes de la région lyonnaise. *Thèse de Méd.*, Lyon 1925.
8. COUDERT (J.). — Aperçu sur la fréquence des diverses dermatomycoses dans la région lyonnaise. Communications et rapports présentés aux Journées de Mycologie médicale, déc. 1956, in *Presse Médicale*, 16 mars 1957, n° 22, p. 501.
9. COUTELEN, HURIEZ, COCHET, BIGUET, MULLER. — Recherches récentes sur la fréquence, l'étiologie et l'épidémiologie.

logie des teignes du cuir chevelu chez les enfants de la région du Nord. *Echo Médical du Nord*, Lille 1948, p. 1.

10. COUTELEN, COCHET, BIGUET, MULLER, DOBY-DUBOIS, DEBLOCK. — Contribution à la connaissance épidémiologique et mycologique des teignes infantiles de Tunisie. *Ann. de Parasit. Hum. et Comp.*, T. XXXI, n° 4, 1956, p. 499.
11. COCHET, DOBY-DUBOIS. — Contribution à la connaissance des teignes infantiles du Cameroun. Communisations et rapports présentés aux Journées de Mycologie médicale. Déc. 1956 ; in *Presse Médicale*, 16 mars 1957, p. 501.
12. DOUCET (J.-Cl.). — Les teignes dans la région lyonnaise de 1946 à 1949. *Thèse de Méd.*, Lyon 1949.
13. FEULARD. — Le Favus et la pelade en France. 1887-1892. *Ann. de Dermat.* 1892, p. 1119.
14. GATE (J.), COUDERT (J.), CHMEL (L.). — Fréquence actuelle des dermato-mycoses des animaux transmises à l'homme. *Journ. de Méd. de Lyon*, n° 661, 20 juillet 1947, p. 541.
15. HURIEZ, BIGUET, MULLET, COCHET et DOBY-DUBOIS. — Les teignes du cuir chevelu chez les enfants de la région du Nord, durant les dix dernières années (1946-1955). *Echo Médical du Nord*, Lille, 1956, p. 133.
16. LANGERON (M.). — *Précis de mycologie*, Paris 1945.
17. LAPIDUS (R.). — Les teignes en Tripolitaine. *Thèse de Méd.*, Paris 1950.
18. LECOMTE (Y.). — Etude statistique des teignes du cuir chevelu dans le département de l'Ille-et-Vilaine pendant 25 ans. *Thèse de Méd.*, Paris 1938.
19. PONS et LEYCHARD. — Essai d'organisation de soins dans les écoles d'Algérie. *Arch. Inst. Past. Algérie*, 1923, p. 699.

20. RANQUE (J.) et TEMIME (P.). — Etat actuel des dermatomycoses dans la région marseillaise. Journ. de Mycologie Médicale, in *Presse Médicale*, 16 mars 1957, p. 501.
21. RIVALIER. — Intérêt d'une enquête statistique et épidémiologique nationale sur les teignes. *Revue d'Hygiène*, T. 5, n° 4, 1957.
22. SABOURAUD (R.) et NOIRE (H.). — Traitement des teignes tondantes par les rayons X à l'Ecole Laillier. *La Presse Médicale*, n° 104, 28 déc. 1904.
23. SICAULT (G.), GAUD (J.) et FAURE (J.). — Les teignes au Maroc. *Bull. Inst. Hygiène, Maroc*, XI, p. 165, 1951.
24. SIDI (E.) et BOURGEOIS-SPINASSE (J.). — Traitement de certaines mycoses rebelles par un extrait de « *Penicillium griséofulvum* Dierk ». *Presse Médicale*, n° 27, 30 mai 1959.
25. VANBREUSEGHEM (R.). — Nouvel essai de traitement des teignes du cuir chevelu par l'Astérol au Congo Belge. *Ann. de la Soc. Belge de Méd. Trop.*, T. XXXVII, p. 933.
26. VANBREUSEGHEM (R.). — Note préliminaire sur l'endémie teigneuse au Congo Belge et ses rapports avec la nutrition. *Bull. séances Acad. Royale des Sciences coloniales*, T. III, 1957, 2, p. 394.
27. VERMAERE (J.). — Recherches sur les teignes du cuir chevelu dans la Région du Nord. *Thèse de Méd.*, Lille 1939.

SOCIOLOGIE

28. BOU (C.). — Organisation sanitaire médicale d'une S.A.S. urbaine en Algérie. *Thèse de Méd.*, Montpellier 1957.
29. CECCALDI (J.). — A propos de l'immigration nord-africaine en France. *Thèse de Méd.*, Paris 1951.

30. CHEVALIER. — Le problème démographique nord-africain
I.N.E.D., Cahier mensuel n° 6.
31. DIJON (H.). — Les Algériens en France. *Semaine Médicale*
1955, n° 42, p. 890.
32. FERY (R.). -- La Médecine sociale en Algérie. *Constantine*
Médical, juin 1956, p. 35.
33. MICHEL (A.). — Les travailleurs algériens en France,
Paris 1956.
34. ROSCH (G.). — Démo-Socio-Pathologie nord-africaine dans
la Région parisienne. *Thèse de Méd.*, Paris 1957.

Imprimerie Maurice FABRE
14, Chemin de la Favorite
LYON
